

# Renter Assistance



**Hasta \$2,500 en apoyo para el alquiler.** Si no puede pagar su alquiler debido a la COVID-19, podemos ayudar. Presente su solicitud hoy. Los subsidios se adjudicarán por orden de llegada.

**Sitio web [toledo.oh.gov/renters](https://toledo.oh.gov/renters) Teléfono 419-936-2020**

## ¿Quién puede presentar la solicitud?

- Arrendatarios actuales o personas que necesitan alquilar un hogar.
- El nombre del solicitante debe figurar en un alquiler válido.
- La propiedad en alquiler debe estar ubicada en la Ciudad de Toledo.
- Comprobante de pérdida de ingresos debido a la COVID-19.
- Estar por debajo del ingreso máximo de hogares

El arrendador debe aceptar los términos del programa y no puede ser pariente del arrendatario que recibe asistencia. Los solicitantes no se considerarán elegibles para el programa si el solicitante es un residente de vivienda pública, recibe subsidios para vivienda del gobierno o no cumple con todos los criterios de elegibilidad.

Puede encontrar los criterios de elegibilidad completos en: [toledo.oh.gov/renters](https://toledo.oh.gov/renters)

## ¿Cómo presento la solicitud?

### Si actualmente alquila:

NeighborWorks Toledo Region  
704 Second St. Toledo, Ohio 43605  
**419-691-2900**

### Si necesita alquilar un hogar:

Lutheran Social Services  
2149 Collingwood Blvd.  
Toledo, Ohio 43620  
**419-243-9178**

## ¿Para qué puede usarse el dinero?

Los pagos pueden cubrir el alquiler, deudas de alquiler, multas, gastos de nuevos arrendatarios, depósitos de garantía y se harán directamente al arrendador. Los pagos de depósitos de servicios públicos y costos de mudanza se harán directamente al proveedor adecuado.



**LUTHERAN SOCIAL SERVICES**  
of Northwestern Ohio  
*Strengthening People in Body, Mind and Spirit*



*Developing Strong Communities*  
Since 1977



## Fondo de Asistencia al Arrendatario de la Ciudad de Toledo Formulario de solicitud

**Solicitante** (jefe del hogar):

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del 2.º nombre \_\_\_\_\_

**Cosolicitante** (si corresponde):

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del 2.º nombre \_\_\_\_\_

**Nombres de otras personas que viven en el hogar:**

_____	_____	_____
Nombre completo	Relación	Fecha de nacimiento
_____	_____	_____
Nombre completo	Relación	Fecha de nacimiento
_____	_____	_____
Nombre completo	Relación	Fecha de nacimiento
_____	_____	_____
Nombre completo	Relación	Fecha de nacimiento
_____	_____	_____
Nombre completo	Relación	Fecha de nacimiento

¿Ha recibido alguna otra persona que vive en el hogar asistencia de este programa?  Sí  No

**Dirección actual:** \_\_\_\_\_  
 No. Calle N.º de apto Toledo OH Estado Código postal

**N.º de teléfono particular:** \_\_\_\_\_ **N.º de teléfono celular:** \_\_\_\_\_

**Cantidad de hijos/dependientes que viven con usted:**  Ninguno  1  2  3  4  5  6  7 Más de

Nombre de la escuela a la que asisten todos los niños en edad escolar que viven con usted: \_\_\_\_\_

¿Está usted \_\_\_\_\_ embarazada? \_\_\_\_\_ ¿Es discapacitado? \_\_\_\_\_ ¿Está en un estado frágil de salud?  
 Explique la naturaleza de las afecciones que marcó: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

**Sexo:**  Masculino  Femenino  Transgénero  Otro

**Raza:**  Afroamericana/Negra  Asiática  Mixta  Caucásica/Blanca  Hawaiana/Isleña del Pacífico  
 Multirracial  Indígena americano/Nativo de Alaska  Otro

**Etnia:**  Hispana  No hispana

**Idioma principal:**  Inglés  Español  Polaco  Chino  Árabe  Otro

**Grado más alto completado:**  Sin diploma de escuela secundaria  GED  Diploma de escuela secundaria  Universidad incompleta  
 Título superior  Licenciatura  Doctoral Degree  Doctorado

¿Está actualmente inscrito en la escuela/formación?  Sí  No

¿Tiene empleo en este momento?  Sí  No Durante los últimos 12 meses, ¿cuántos meses trabajó? \_\_\_\_\_

**Estado civil:**  Soltero  Casado  Viudo  Separado  Divorciado  Pareja doméstica

**Estado militar:**  Servicio activo  Veterano  Cónyuge de alguien en servicio activo  Cónyuge de un veterano  
 Nunca prestó servicio

**Estado de beneficios de veterano:**  Actualmente recibe  Actualmente no recibe  Nunca recibió

**Seguro médico:**  Seguro privado a través de un empleador  Programa de seguro del gobierno  
 Seguro privado no a través de un empleador  Sin seguro

## INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR

### Estado de empleo:

Indique la última fecha de empleo: \_\_\_\_\_ ¿Está desempleado a causa de la COVID 19?  Sí \*  No

¿Ha experimentado una pérdida reciente en salarios u horas debido a la COVID-19?  Sí \*  No

*\*El solicitante debe adjuntar información del reclamo de desempleo del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio (Ohio Department of Jobs and Family Services, ODJFS) y/o comprobantes de pago, estados de cuenta bancarios y/o una carta del empleador para demostrar la pérdida del empleo o los ingresos a causa de COVID-19.*

Si está desempleado:

¿Es física o emocionalmente capaz de trabajar?  Sí  No

¿Ha estado buscando trabajo?  Sí  No

¿Participa en algún programa de formación laboral?  Sí  No

¿Trabaja alguna otra persona en su hogar? Sí No

Enumere los ingresos recibidos por **TODOS** los miembros de la familia: (Todas las fuentes de ingreso incluyen todas las ganancias de trabajos a tiempo completo, medio tiempo o temporales, pagos de asistencia en efectivo, SSI/SSA, pensiones, manutención infantil, pensión alimenticia, desempleo, pagos de cuidado tutelar, pagos de adopción, cualquier ingreso recibido en nombre de niños, etc.)

Tipo de ingreso	Nombre de la persona que recibe el ingreso	Nombre de la agencia/compañía	Número de contacto de la agencia/compañía	Beneficio Ingreso mensual
<input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Completo	_____	_____	_____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Completo	_____	_____	_____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Completo	_____	_____	_____	\$ _____

### Ingreso adicional

Tipo de beneficio	Nombre de la persona que recibe el beneficio	Beneficio mensual bruto
TANF	_____	\$ _____
SEG. SOCIAL	_____	\$ _____
COMP. DISC./EMPLEO	_____	\$ _____
MANUTENCIÓN INFANTIL	_____	\$ _____
DESEMPLEO	_____	\$ _____
BENEFICIO DE SNAP	_____	\$ _____
<b>PAGOS DE ESTÍMULO DE LA LEY CARES</b>	_____	\$ _____
OTRO (sírvese especificar)	_____	\$ _____
<b>INGRESOS MENSUALES TOTALES DEL HOGAR (SALARIOS E INGRESOS ADICIONALES):</b>	_____	\$ _____

## SITUACIÓN DE VIVIENDA

¿Es capaz de pagar su alquiler a tiempo la mayoría de los meses?  Sí  No

¿Está enfrentando un desalojo debido a atraso o falta de pago como resultado de la COVID-19?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuál es el monto de la morosidad adeudada?: \_\_\_\_\_

**\*Adjunte una copia de su alquiler actual a esta solicitud.**

¿Está actualmente inscrito en un programa de asistencia para alquileres?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿qué programa?: \_\_\_\_\_

¿Está actualmente inscrito en el programa de la Sección 8?  Sí  No

¿Está su vivienda actual clasificada como "vivienda asequible"?  Sí  No  
(es decir, ¿se basa su renta en sus ingresos?)

¿Cuánto tiempo ha vivido en su lugar actual? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces se ha mudado en los últimos 3 años? \_\_\_\_\_

¿Por qué se mudó de su residencia actual? \_\_\_\_\_

**Situación de indigencia:** ¿Alguna vez se ha quedado en un refugio?  Sí  No

De ser así, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

## GASTOS MENSUALES DEL HOGAR

### **Servicios públicos**

¿Tiene su hogar los siguientes servicios públicos básicos?: teléfono  gas/propano  agua  electricidad

¿Ha podido pagar sus facturas de servicios públicos a tiempo?  Sí  No

¿Actualmente está inscrito en programas de asistencia para pagar los servicios públicos?  Sí  No

Indique la cantidad del monto mensual que gasta en los siguientes:

Servicios públicos (gas, electricidad, agua y teléfono combinados) \$ \_\_\_\_\_

Gastos en comida \$ \_\_\_\_\_

Transporte \$ \_\_\_\_\_

Seguro \$ \_\_\_\_\_

Otros pagos de deudas (tarjetas de crédito, préstamos, pago de vehículo combinados) \$ \_\_\_\_\_

Monto del alquiler \$ \_\_\_\_\_

**TOTAL HOUSEHOLD MONTHLY EXPENSES: \$ \_\_\_\_\_**

**Solo para uso interno**

**A ser completado por el consejero del FOC:**

AMI = \_\_\_\_\_ %

# AUTO EVALUACIÓN

**En su opinión**, ¿cuáles son los tres principales problemas que amenazan su situación de vivienda actual o que lo han puesto en la situación de necesitar ayuda con su alquiler?

1.

2.

3.

---

## DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_ Por la presente doy permiso a NeighborWorks Toledo Region y Lutheran Social Services of NW Ohio, Centro de Oportunidades Financieras (Financial Opportunity Center, FOC) a compartir la información anterior con sus agencias colaboradoras y de financiamiento de forma que el FOC pueda manejar mi solicitud de servicios en la manera más eficiente posible. Estoy dispuesto a que el personal del FOC se comunique conmigo en mi hogar para los fines de este programa y la evaluación para el programa. Acepto que esta Divulgación de información permanecerá en vigor durante 18 meses desde la fecha indicada debajo

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Al firmar este formulario de solicitud también entiendo lo siguiente:**

- 1. La asistencia para el alquiler no se garantiza.**
- 2. Toda la información deberá verificarse antes de que se otorgue la asistencia para el alquiler.**
- 3. Todos los documentos enumerados en la Lista de verificación de documentos adjunta deben adjuntarse a esta solicitud.**
- 4. La LEY CARES proporciona el financiamiento para el programa ERAF y que yo no duplicaré los beneficios de la Ley CARES.**
- 5. La información que el cliente (la persona que presenta la solicitud) proporciona es veraz, complete y exacta.**

---

Firma del cliente

Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del consejero del FOC de NTR

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Solo para uso interno**

**A ser completado por el especialista de admisión:**

Fecha en que el FOC recibió la solicitud: \_\_\_\_\_

¿Está la solicitud completa? S O R N

En caso negativo, ¿fecha en que se recibió la solicitud completa/verificaciones de documentos? \_\_\_\_\_

Fecha de determinación de la elegibilidad: \_\_\_\_\_

Fecha de programación de la cita inicial con el consejero: \_\_\_\_\_

**AA ser completado por el personal de asesoría:**

Fecha de la reunión inicial: \_\_\_\_\_

**LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS**

- Copia de una identificación con fotografía válida con el mismo nombre que el alquiler actual
- Comprobantes de pago, verificación de reclamo de desempleo o carta del empleador que demuestren que el desempleo, el horario reducido o la pérdida de ingresos se debe a la COVID-19
- Copia de un alquiler por escrito firmado de un apartamento o casa ubicado en la Ciudad de Toledo
- Comprobante de pago atrasado/morosidad en forma de carta del arrendador, Aviso de 3 días o Citación/Demanda de desalojo
- Estados de cuenta bancarios de los últimos 60 días.
- Formulario de encuesta de condiciones de la vivienda completado